

訪問介護等利用者負担額減額認定申請書

申請年月日を記入してください。

第1号様式（第4条関係）

申請者の住所、氏名を記入してください。

京都市訪問介護等利用者負担額減額認定申請書

(宛先) 京 都 市 長	令和 2 年 5 月 1 日
申請者の住所 京都市中京区〇〇〇	申請者の氏名 京 都 太 郎

被保険者の住所、電話番号、氏名、被保険者番号を記入してください。

京都市訪問介護等利用者負担額減額措置事業実施要綱第4条の規定により訪問介護等の利用者負担額の減額を申請します。

被保険者	住 所	京都市中京区〇〇〇		電話番号	075-111-1111		
	フリガナ	キョウト タロウ	被保険者番号	1 0 0 0 1 - 0 0 0 0 0			
	氏 名	京 都 太 郎					
申請理由	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障害福祉サービスの利用の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 身体障害者手帳・療育手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無						
世帯構成	世帯主	氏 名	京 都 太 郎	生計中心者	<input checked="" type="checkbox"/>		
	世帯員		京 都 花 子		<input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	

該当するものにチェックしてください。

被保険者の世帯主、世帯員を記入し、生計中心者にチェックしてください。

注 該当する□には、レ印を記入してください。

下欄は記入しないでください。

起 案	年 月 日	決 定	年 月 日	課 長	係 長	係 員
下記のとおり決定します。						
承認する			承認しない			
適用期間	年 月 日から		年 月 日まで			